

醫事服務機構申請為全民健康保險特約醫院填表須知

壹：申請書部分

- 一、申請辦理業務欄勾選辦理之業務，應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」及相關法規之規定。
- 二、申請為地區醫院、區域醫院或醫學中心者，應經衛生福利部醫院評鑑合格；未參加評鑑或經評鑑不合格者，應勾選基層醫療單位；新設立未及參加評鑑之醫院，應為衛生福利部最近一次醫院評鑑公告取得開業執照期限後設立者，並應檢附當地衛生主管機關證明文件影本。
- 三、申請醫院名稱及印章應與當地衛生主管機構核准登記之名稱完全相同。
- 四、醫院開業地址應與當地衛生主管機關核准登記之地址完全相同。

貳：醫事服務機構基本資料表部分

- 一、醫院代號為當地衛生主管機關發給，請向當地衛生主管機關申請後填入。
- 二、診療科別請依當地衛生主管機關核准登記之科別勾選。
- 三、醫事人員數欄內請填入領有執業執照之各類醫事人員人數。
- 四、昂貴或具有危險性設備欄請填衛生主管機關核准登記數，一、三、四、五項並請檢附行政院原子能委員會核發之設備登記證及所在地直轄市或縣（市）主管機關核發之操作執照影本。
- 五、病床數欄請依當地衛生主管機關核准登記開放之病床數填寫。
- 六、醫事人員簡歷欄位填寫醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、醫事檢驗師、醫事檢驗生、醫用放射線技術師（士）、護理師、護士、助產士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、聽力語言治療人員及營養師17類人員，本表不敷使用時，請另以附頁說明，並檢附填列之該等醫事人員執業執照正反面影本。
- 七、專科醫師資格欄不限填一科（有填寫者，請檢附該專科證書影本）。
- 八、醫事服務機構性質勾選合夥者，應檢附經該管法院公證註明與正本相符之合夥文件影本；勾選財團法人者，如開業執照未冠財團法人字樣，請檢附衛生署許可證明影本及該管法院登記註明與正本相符之證明文件影本。
- 九、單位所得稅統一編號請向當地稅捐機關申請後填入。

參：醫事服務機構病床及設備資料表部分：

- 一、本表各類病床之保險病床數、收取病房費差額之病床床數及全院總床數欄之數字，應分別與「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」所列之病床床號數相符（即本頁A欄床數應與次頁A欄床號數相符，餘類推。）
- 二、急性病床保險病床比率及慢性病床保險病床比率欄請分別依表列公式計算之；保險病床比率應符合「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之規定。

三、其他醫療設備請按實際數量填寫。

肆：醫事服務機構病床床號資料表部分

- 一、各類病床均應符合醫療機構設置標準及本保險特殊病床設置基準。
- 二、急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得收取病房費差額：
 - (一) 急性病房：每病室設2床以下之病床。
 - (二) 慢性病房：每病室設2床以下之病床。
- 三、經濟病床為每病室設4床以上之病床。
- 四、急診處暫留床、洗腎治療床及嬰兒床，為本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得向保險對象收取病房費差額，惟其不納入保險病床比率計算。
- 五、病床床號編碼原則，請以十位元以內之英文字或數字編列，各類病床床號為病房費給付及保險對象住院自行負擔費用計算之依據，請確實填寫。
- 六、本表不敷使用時，請另以附頁說明；醫院得自行以電腦報表列印，惟請依式一行列印10床床號。

伍：其他

- 一、申請書內之醫事服務機構基本資料表應先送請當地衛生主管機關查驗核章後，送收件單位憑辦；未經查驗核章者不予受理。
- 二、申請資料填寫不完整者，不予受理。
- 三、申請書表收件單位如下：

醫事服務機構所在縣市	收件單位	地 址
臺北市、新北市、宜蘭縣、基隆市、金門、馬祖	衛生福利部中央健康保險署 台北業務組 TEL：02-25232388	臺北市許昌街17號 (壽德大樓)7樓至9樓
桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣	衛生福利部中央健康保險署 北區業務組 TEL：03-4339111	桃園縣中壢市中山東路3段 525號
臺中市、彰化縣、南投縣	衛生福利部中央健康保險署 中區業務組 TEL：04-22583988	臺中市西屯區市政北一路 66號(國雄大樓6樓)
雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市	衛生福利部中央健康保險署 南區業務組 TEL：06-2245678	臺南市公園路96號
高雄市、屏東縣、澎湖縣	衛生福利部中央健康保險署 高屏業務組 TEL：07-3233123	高雄市九如二路157號
花蓮縣、臺東縣	衛生福利部中央健康保險署 東區業務組 TEL：03-8332333	花蓮市軒轅路36號

衛生福利部中央健康保險署中區業務組全民健康保險新特約收件查檢表

機構代號：_____ 名稱：_____

檢 附 文 件	西 醫		中 醫 牙 醫	藥 局	醫 事 檢 驗 所	醫 事 放 射 所	居 家 照 護	護 理 之 家	助 產 機 構	精 神 復 健	物 理 治 療 所	職 能 治 療 所
	醫 院	診 所										
1.合約書印鑑卡												
2.特約申請書												
3.特約基本資料表												
4.床數、床號資料表			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5.開業執照影本												
6.負責醫事人員身分證正、反面影本												
7.負責醫事人員執業執照正、反面影本												
8.醫事人員執業執照正、反面影本(另聘有物理、 職能人員需備有執業2年以上之資格證明)												
9.醫師專科證書影本				—	—	—	—	—	—	—	—	—
10.醫療費用轉帳資料卡												
11.存摺帳號及分行別影本												
12.統一編號編配通知書影本												
13.新投保單位成立申請書 健保費繳教： <input type="checkbox"/> 轉帳代繳 <input type="checkbox"/> 現金繳納												
14.儀器或設備資料表(含購入發票或證明)				—			—	—	—	—		
15.中央衛生主管機關評鑑合格證明 (新設立未及參加評鑑者，由保險人專案認定)		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16.讀卡設備證明、安全模組申請表、本保險醫療 網路(VPN)申請書												
17.醫療費用收據及藥品明細格式樣張												
18.電子信箱及執業時段調查表												
19.合夥法院公告文件 (醫事服務機性質勾選合夥者)												

※上開資料影本皆請以A4紙張影印。

※為維護 貴機構權益，請負責醫事人員依序備妥相關文件親自洽辦簽約事宜。

※醫院需檢附全院平面配置圖乙份。

表單編號：QR-UK0F-003-F16-A

負責人 ID：

HMAI2000S01

H3000：

醫事機構基本資料檔正確無誤

H3500：

複核核章：

H1000：

H2000：

R5001：

表單編號：UK0-003-F01-V2

全民健康保險特約醫院申請書

茲擬承辦全民健康保險業務，特檢具「全民健康保險特約醫院基本資料表」、「全民健康保險特約醫院病床及設備資料表」及「全民健康保險特約醫院病床床號資料表」各乙份，申請為全民健康保險特約醫院，請惠予受理。

申請辦理業務：

A 門診診療

B 住院診療

C 血液透析業務

D 兒童預防保健服務

E 成人預防保健服務

F 婦女子宮頸抹片檢查

G 孕婦產前檢查

I 分娩

J 復健業務： 物理治療 職能治療

聽力檢查 語言治療

K 精神疾病患者居家治療業務

P 兒童牙齒預防保健

W 腹膜透析業務

Y 口腔黏膜檢查

Z 定量免疫法糞便潛血檢查

申請類別：

1 醫學中心

2 區域醫院

3 地區醫院

4 基層醫療單位

型態別：

01 綜合醫院

02 醫院

03 專科醫院

04 精神科醫院

05 特殊科醫院

06 慢性醫院

11 牙醫醫院

21 中醫綜合醫院

22 中醫醫院

此 致

衛生福利部中央健康保險署

申請醫院名稱：

(醫院印信)

負責人：

簽章：

負責醫師：

簽章：

醫院地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責醫師戶籍地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

負責醫師通訊地址：

縣市
段

市鎮鄉區
巷

弄

村里
號

樓之

街路

中華民國 年 月 日

全民健康保險特約醫院基本資料表

第一聯送健保署

第二聯送衛生局(所)存查

醫院名稱											代號									
開業執照地址	郵 遞 區 號 □□□□□ 縣市 市鎮鄉區 村里 街路 段 巷 弄 號																			
負責人						出生年月	年 月 日			最近開業日期	年 月 日									
身分證號											最近開業執照號碼									
診療科別	01□家庭醫學科 05□婦產科 09□耳鼻喉科 13□精神科 82□放射線科 40□牙科 02□內科 06□骨科 10□眼科 14□復健科 83□病理科 60□中醫 03□外科 07□神經外科 11□皮膚科 15□整形外科 84□核子醫學科 04□小兒科 08□泌尿科 12□神經科 81□麻醉科 00□一般診療																			
醫事人員數	A 醫師	E 藥劑生			J 醫事檢驗師			S 醫用放射線技術師(士)			Z 營養師									
	B 中醫師	F 護理師			K 醫事檢驗生			U 物理治療生												
	C 牙醫師	G 護士			Q 物理治療師			V 職能治療生												
	D 藥師	H 助產士			R 職能治療師			W 語言治療人員												
昂貴險或性具有設備	1. 電腦斷層攝影掃描儀 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 高震波腎臟碎石機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 放射性同位素診斷設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 6. 核磁共振斷層掃描儀 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 3. 放射性同位素治療設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 7. 準分子雷射血管成形術系列 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 高能粒子治療設備 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 8. 冠狀動脈旋轉研磨鑽 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																			
醫院病床數	急性病床	01 一般病床	04 洗腎治療床			小計	慢性病床	10 一般病床	小計			總計								
		02 加護病床	06 嬰兒床					09 精神病床												
		03 燒傷病床	07 急診觀察床					11 結核病床												
		08 精神病床	13 其他特殊病床					12 癩病病床												
		05 嬰兒病床 (新生兒中重度病床)	其他																	
註：醫院病床數以醫院於衛生局登記開放之病床數為主。																				
醫事人員簡歷	類別	姓名	出生年月	身分證號	執業執照號碼	專科別	專科證書字號	專科證書有效起始日												
一、以上所填各項資料業經本局查核證明屬實。 二、該 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 負責醫師 <input type="checkbox"/> 未涉有 <input type="checkbox"/> 涉 有醫療管理相關法規違規情事，目前 <input type="checkbox"/> 已 <input type="checkbox"/> 未結案。 三、該院所違規事實概要：																				
縣市(政府)衛生局(請加蓋機關關防及首長簽名章)																				
中華民國 年 月 日																				
醫事其他服務基本資料	性質	1 <input type="checkbox"/> 公立		單位所得稅 統一編號					本 生 局 查 務 須 驗 由 核 章											
		2 <input type="checkbox"/> 財團法人																		
		3 <input type="checkbox"/> 私立(合夥)																		
		4 <input type="checkbox"/> 私立(獨資)																		
		電話號碼																		
		傳真號碼																		

全民健康保險特約醫院病床床號資料表

醫院代號：_____

醫院名稱：_____

病床分類		病 床 床 號														
急 性 保 險 病 床	保 險	111急性一般病床													A	
		112急性經濟病床														
		113急性加護病床														
	病 床	114急性精神科加護病床													B	
		115急性燒傷病床													C	
		116急性燒傷中心														
	病 床	保 險	117急性一般精神病床													D
			118急性經濟精神病床													
		病 床	11D 急性新生兒中重度病床													E
			119急性普通隔離病床													
			11A 急性保護隔離病床													
			11B 急性骨髓移植隔離病床													
			11G 亞急性呼吸照護病床													
			11H 慢性呼吸照護病床													F
			11I 安寧病床（不收差額）													
			11J 急性保險結核病床													
			11K SARS 負壓病床													
	11L SARS 一班病床															
	病 床	收 取 差 額 病 床	11C 急性急診處暫留床病床													不列入 保險病 床計算
			11E 洗腎治療床													
			11F 嬰兒床													
			211急性收差額病床													G
	慢 性 保 險 病 床	保 險 病 床	212急性收差額精神病床													H
			21I 安寧病床（收差額）													I
21J 急性收差額結核病床																
121慢性一般病床															J	
慢 性 收 取 差 額 病 床	保 險 病 床	122慢性精神病床													K	
		123慢性結核病床													L	
		124慢性癩病病床													M	
		221慢性收差額病床													N	
	病 床	收 取 差 額 病 床	222慢性收差額精神病床													O
			223慢性收差額結核病床													P
			224慢性收差額癩病病床													Q
			日間留院病床													

全民健康保險特約醫院病床及設備資料表

醫院代號：_____ 醫院名稱：_____

急性 病 床	病床分類	一般病床	加護病床	燒傷病床 (含燒傷中心)	精神病床	新生兒 中重度病床	其他病床 (註)	合計
	保險病床 床數	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(Q)
	收取病房 費差額之 病床床數	(G)			(H)		(I)	(R)
	全院 總床數	(01) = (A) + (G)	(02) = (B)	(03) = (C)	(08) = (D) + (H)	(05) = (E)		(K) = (Q) + (R)
	急性病床保險病床百分比 $(T) = \frac{\text{各類急性保險病床床數合計 (Q)}}{\text{各類急性病床全院總床數計 (S)}} \times 100\%$							

註：其他病床含精神科加護病床、保護隔離病床、普通隔離病床、骨髓移植隔離病床、呼吸照護中心、呼吸照護病床、安寧病床、急性保險結核病床、SARS 負壓病床、SARS 一般病床。

慢性 病 床	病床分類	一般病床	精神病床	結核病床	癩病病床	合計
	保險病床 床數	(J)	(K)	(L)	(M)	(U)
	收取病房 費差額之 病床床數	(N)	(O)	(P)	(Q)	(V)
	全院 總床數	(10) = (J) + (N)	(09) = (K) + (O)	(11) = (L) + (P)	(12) = (M) + (Q)	(W) = (U) + (V)
	慢性病床保險病床百分比 $(X) = \frac{\text{各類慢性保險病床床數合計 (U)}}{\text{各類慢性病床全院總床數計 (W)}} \times 100\%$					

其他 醫 療 設 備	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)	項目	數量 (臺)	
	01	<input type="checkbox"/> 血液透析機		07	<input type="checkbox"/> 高壓氧	13	<input type="checkbox"/> 冷凍治療機
	02	<input type="checkbox"/> 血管造影設備		08	<input type="checkbox"/> 骨質密度測量儀	14	<input type="checkbox"/> 彩色超音波
	03	<input type="checkbox"/> 眼科鐳射機		09	<input type="checkbox"/> 二氧化碳鐳射設備	15	<input type="checkbox"/> 心導管設備
	04	<input type="checkbox"/> 超音波		10	<input type="checkbox"/> 自動生化分析儀	16	<input type="checkbox"/> 染料鐳射碎石
	05	<input type="checkbox"/> 內視鏡		11	<input type="checkbox"/> 血管攝影 X 光機	17	<input type="checkbox"/> 尿流動力學檢查機
	06	<input type="checkbox"/> 牙科型 X 光機		12	<input type="checkbox"/> 乳房 X 光攝影		

全民健康保險特約醫事服務機構合約書印鑑卡

醫事服務機構代號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
醫事服務機構名稱									
負責人姓名									
印鑑建立/變更日期	年 月 日								
合約書編號	No								
請 蓋 合 約 書 印 鑑	醫事服務機構印鑑章 (大章)	負責醫事人員印鑑章 (小章)							

表單編號：UK0-003-F11-V2

全民健康保險醫事服務機構費用劃撥轉帳資料卡

保險醫事服務機構名稱： _____

醫事機構代號 所得單位扣繳統一編號

往來 行庫 局	總機構名稱													代號	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	分支機構名稱																	
	存款種類	<input type="checkbox"/> 支票存款			<input type="checkbox"/> 活期存款			<input type="checkbox"/> 活期儲蓄存款										
	戶名																	
	帳號																	

(請靠右填寫左邊補零)

往來 郵局	戶名																	
	郵政劃撥帳號																	
	郵局		支局															
	存簿 儲金	局號																
		局名																
		郵政存簿儲金帳號															-	

指定金融機構名稱：

004 台灣銀行	005 台灣土地銀行	006 合作金庫	007 第一商業銀行
008 華南商業銀行	009 彰化商業銀行	012 台北富邦銀行	016 高雄銀行
017 兆豐國際商業銀行	050 台灣中小企業銀行	700 中華郵政股份有限公司	808 玉山商業銀行
812 台新國際商業銀行	815 日盛國際商業銀行	816 安泰商業銀行	822 中國信託商業銀行

特約醫事服務機構合約印鑑	負責醫事人員印鑑

全民健康保險保險憑證讀卡設備之安全模組卡申請表

申請日期： 年 月 日

申請單號：

申請單位	<input type="checkbox"/> 醫事服務機構 <input type="checkbox"/> 聯合服務中心或聯絡辦公室 <input type="checkbox"/> 投保單位 <input type="checkbox"/> 聯合門診中心 <input type="checkbox"/> 本署或各分區業務組 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市區公所 <input type="checkbox"/> 其他		
申請單位名稱			
申請單位代號		聯絡人	
聯絡地址	□□□		
聯絡電話			申請單位及負責人印章
傳真			注意： (請蓋原合約印鑑大小章)
e-mail			
申請原因及應檢附資料	<input type="checkbox"/> 新特約 <input type="checkbox"/> 1. 新特約 (附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 2. 遷址或換負責人之新特約 (附讀卡設備轉讓證明及轉讓之特約醫事服務機構之安全模組卡) <input type="checkbox"/> 增購讀卡設備 (附購置讀卡設備證明) <input type="checkbox"/> 毀損換發 (附毀損之安全模組卡及郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 遺失補發 (附郵政劃撥收據影本) <input type="checkbox"/> 未寄達補發, 原申請日期		
申請發卡數量	(份)		
<p>※ 若申請原因為“毀損換發”或“遺失補發”，請務必在下列欄位逐一填寫“毀損”或“遺失”的安全模組卡編號，毀損換發檢還安全模組卡，以利本署後續處理避免貴單位權益受損。謝謝！ (請以正楷填寫，字體請勿潦草)</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____ 18. _____ 19. _____ 20. _____</p>			
(以下資料由本署分區業務組人員填寫)			
受理單位：	業務組		核准數量：____ (份)
承辦人	複核	單位主管	不核准原因：
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

備註：1. 若遺失或毀損請檢附郵政劃撥收據影本

(戶名：衛生福利部中央健康保險署 帳號：18089434 費用500元/份)

2. 本申請表請郵寄衛生福利部中央健康保險署中區業務組，地址：407臺中市西屯區市政北一路66號6樓，電話：04-22583988

3. 使用注意事項：(1) 安裝：確認安全模組卡裝妥，鎖緊機殼才可通電。

(2) 抽換：先關電源再開機殼抽換安全模組卡。

(3) 注意：未關電源勿隨意開機殼，此情形易造成安全模組無法使用之鎖卡 (回傳代碼6005)。

轉讓書

本機構轉讓健保 I C 卡讀卡機

台

(牌，型號： 序號：)

予

醫事機構代號：

負責醫事人員：

特此證明。

此致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

轉讓人

醫事機構名稱： (大章用印)

醫事機構代號：

負責醫事人員： (小章用印)

中 華 民 國 年 月

醫事機構代號：

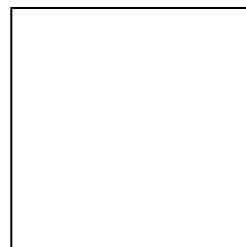
醫事機構名稱：

檢送全民健康保險醫療費用收據及收費明細等格式

乙份，請查照。

此致

衛生福利部中央健康保險署中區業務組



(合約院所印信)

(合約負責人印章)

中華民國 年 月 日

中華民國 年 月 日

衛生福利部中央健康保險署中區業務組特約醫事機構
電子信箱、掛號費及執業時段調查表

院所名稱：

院所代號：

電子信箱【E-mail address】：

門診掛號費：

急診掛號費：

星期	一	二	三	四	五	六	日
上午							
下午							
晚上							

固定執業時段：(請勾選)

特定休診日：(例如春節初一到初五)

註：如電子信箱、掛號費及執業時段資料有變更，請即時至「VPN-醫務行政」自行修改

表單編號：UK0-003-F22-V1

表單編號：D06-C21-V1

血液透析室相關設備

醫事機構名稱：

醫事機構代號：

品項	數量	專管人員	備註
血液透析機	台		請檢附購買證明或租賃合約書影本乙份備查。
血壓計	台		
電擊器	台		
氣管插管設備			
氧氣供應設備			
抽吸設備			
急救(車)箱			
RO 水處理系統	<input type="checkbox"/> 有__組 <input type="checkbox"/> 無		
存放物料專用空間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
緊急供電設備	<input type="checkbox"/> 全院共同 <input type="checkbox"/> 獨立設備		
消防安全設備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
透析機定期之檢查、保養及維修	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工腎臟是否重覆使用 (以台灣腎臟醫學會之重覆使用人工腎臟作業指引為基準。嚴禁不同病人間交互使用人工腎臟)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
人工腎臟之消毒法：			

牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表

醫事機構代號：_____醫事機構名稱：

一、硬體設備方面：(共20分)

項目	分數	
	各項分數	診所自評分數
1、具有適當之洗手設備。	5分	
2、良好之通風空調系統。	5分	
3、器具滅菌設備。	5分	
4、診間環境清節。	5分	

二、軟體方面：(共80分)

項目	分數	
	各項分數	診所自評分數
1.病歷首頁中全身病史應登載完整。	8分	
2.牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴防護裝置，至少包括口罩與手套，必要時戴面罩。	8分	
3.開診前應作管道消毒，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製0.005~0.02%漂白水（NaOCl）或2.0%沖洗用戊二醛溶液（glutaraldehyde）或稀釋之碘仿溶液（10% iodophors）沖洗管路三分鐘。	8分	
4.開診結束後，應管道消毒放水放氣並清洗濾網。	8分	
5.醫療廢棄物應依法分類與處理。	8分	
6.醫療廢棄物與毒性廢棄物應依法貯存與處理。	8分	
7.浸泡器械的消毒藥水應乾淨並在有效期限內。	8分	
8.診所須依感染控制 SOP 作業，針對自家診所狀況製作消毒流程表及紀錄表。	8分	
9.滅菌記錄表應登載完整。	8分	
10.滅菌後器械之包裝存放應無再污染之虞。	8分	
自行評分合計		分

1.院所申報醫療費用時請併總表寄送業務組承辦人憑辦。

2.考評標準：診所自行評分，須達85分始為合格。

合約大章用印

合約小章用印

(96年7月健保醫字第0930048505號公告)

「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標 醫事服務機構及特約藥局辦理自評情形申報表

診所（藥局）名稱：_____（代號：_____）

填報人（院所或藥局負責人）：

填報日期：__年__月__日

印信：

有 無 自設藥局

有 無 自聘藥師

藥袋標示項目	有標示	未標示
1.病人姓名		
2.性別		
3.年齡		
4.藥品名稱（成分名）		
5.藥廠（廠商）名		
6.數量		
7.劑量		
8.服用方法		
9.藥局（調劑）地點		
10.調劑者姓名		
11.調劑年月日		
12.處方醫師姓名		
13.藥品保存方式		
14.調劑後有效期限		
15.適應症		
16.副作用		
17.警語		

註：

- 1.本表內容經醫事服務機構或藥局切結填報內容屬實後送健保局，由健保局辦理實地審查，如查獲與填報內容不符時，將依「醫療院所及藥局藥袋標示嚴重不符醫療辦法」不予支付指標處理方式不予支付。
- 2.請傳真（04-22531219）回復中區業務組醫療費用二科承辦人，分機